MEDIZINISCHE MONATSHEFTE

SHANGHAI

HERAUSGEBER: DR. PAUL SALOMON M.D. • DR. EGON GOLDHAMMER M.D.

HEFT 3 Jahrgang II. **MAERZ 1941**

Inhalt:

Verlag der MEDIZINISCHEN MONATSHEFTE SHANGHAI

Dr. Kurt Raphael Ph.D., Rte. des Soeurs 78. Phone 75168.

Anschrift der Schriftleiter: *Dr. Egon Goldhammer M.D., Chaoufoong Rd. 680. Phone 51997.*

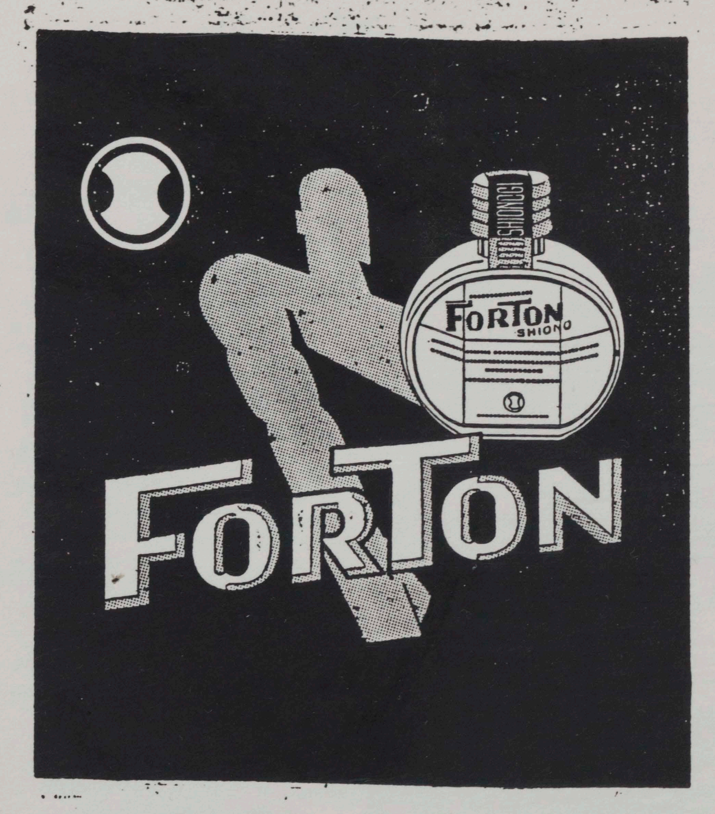
Dr. Paul Salomon M.D., Wayside Road 335. Phone 50792.

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI (SHANGHAI MEDICAL MONTHLY)

registered at the S.M.P. and the P.Fr.

Aus dem Inhalt der frueheren Hefte:

D. Abisch,	Bericht ueber eine Anzahl von Dengue-Fieber-Erkrankungen.
Walter Braun,	Praktische Winke zur Differential-Diagnose einiger Infektions-Krankheiten.
V. Kalmar-Fischer,	Ueber Angstzustaende.
A. W. Kneucker,	Die Impotentia generandi.
A. W. Kneucker,	Prostata-Carcinom.
A. Loewenstamm,	Roentgendiagnostik des Magens und des Duodenums.
Tib. Loewy,	Das Vorkommen der Spirochaeta eurygyratum Werneri.
C. E. Mosse,	Die Exsiccose.
E. E. Pribram,	Konstitutions-Pathologie und Prolapse.
Fred. Reiss,	Ueber Pruritus.
Fred. Reiss,	Dermatophytose der Haende und Fuesse.
M. Rottwin,	Physikalische Heilmethoden.
B. Szigeti,	Diagnostische, therapeutische und prognostische Erfahrungen bei der Dysenterie-Behandlung.
B. Zelnik,	Die extrauterine Graviditaet.





Trade Mark

A SYNTHETIC MALE HORMONE.

Composition: **FORTON** is a chemical synthesis of various male hormone, such as Testosteron, Methyltestosteron, Methyldihydrotestosteron, Androstandiol, Methylandrostandiol, Androsteron, Dehydroandosteron and about 20 similar kinds more.

Indications: In general lassitude, mental and somatic debility, for the treatment and prevention of senile phenomena, in sexual Neurasthenia, in testicular defects and in male Adipositas.

FORTON is put up in an oily base for **Injection**, a vegetable oil being used to lessen the pain of repeated treatment. A special kind of glass ampoule is used to prevent alkalinity of the glass, affecting the hormone. The injections are given intramuscularly, 0,5 to 1,0 ccm (15 to 30 c.u.) every day or every other day.

The **FORTON TABLETS** have a pleasant taste and lack the disagreeable odour so often found in such products. The general dose is 3 to 6 tablets (5 c.u.) daily.

Agents: **UNITED IMPORT CO.**

259 Kiangse Road Room 25 Telephone 18558

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI

SHANGHAI MEDICAL MONTHLY

Organ of the C.A.E.J.R. - MEDICAL BOARD.

HEFT 3 Jahrgang II. **MAERZ 1941**

Entwicklungstendenzen der Individualpsychologie.

Von Dr. Felix Gruenberger.

Alfred Adler zum Gedenken.

Die gewaltige Beschleunigung des Lebenstempos, verbunden mit der zwangsweisen Einbeziehung eines jeden Individuums in das politische Zeitgeschehen der Gegenwart, stellt die Psychologie vor ständig neue Aufgaben. Die Entwurzelung hunderttausender von Menschen, ihre Umsiedlung und Umschichtung bilden sehr häufig die Basis von seelischen Störungen, denen der Psychologe nur dann wirksam helfend entgegenzutreten vermag, wenn sein eigenes Rüstzeug sich mit der allgemeinen Entwicklung der menschlichen Gesellschaft richtig weiterbildet. Als wichtiges Grenzgebiet der Medizin bildet die Psychologie zugleich die unlösbare Verbindung zur Soziologie, und der Mediziner wird sich die Erkenntnisse beider Disziplinen mehr denn je zunutze machen, wenn er bei der Diagnose und Therapie organischer Erkrankungen auf Faktoren stösst, die in der Persönlichkeit des erkrankten Individuums liegen. Eine isolierte, sagen wir: statische Betrachtungsweise muss als ungenügend einer umfassenden dynamischen Platz machen. Die Entwicklung der Individualpsychologie spiegelt zugleich die historische Entwicklung der letzten Jahrzehnte, aus der sie ihre Erkenntnisse schöpfte, sie gedanklich, abstrahierend verwertend und zugleich ihrerseits befruchtend auf die Praxis einwirkend.

Die Herausgeber.

Als *Siegmund Freud*, noch wenig bekannt, vor etwa vierzig Jahren in einer Aerztegesellschaft über seine Forschungen auf dem Gebiete der Psychoanalyse sprach, war in der darauffolgenden Diskussion *Alfred Adler* der einzige, der die Bedeutung dieses Werkes erkannte und mutig für Freud Partei ergriff. Er wurde sein Mitarbeiter. Aber er war nicht gewöhnt, Erkenntnisse gebrauchsfertig zu übernehmen; er musste sie sich neu erobern, gedanklich konsequent untermauern und auf diesem Fundament weiterbauen. So wuchs er bald über die Lehre Freuds hinaus. Seine Trennung von Freud bedeutet den Beginn der Individualpsychologie.

Ausgehend von der somatischen Bedeutung angeborener *Organ-Minderwertigkeiten* und deren Kompensation im Organismus selbst, übergehend auf die Bedeutung des *psychischen Erlebnisses* einer Organminderwertigkeit, entwickelte Adler Schritt für Schritt die Lehre von der *psycho-physischen Einheit der Persoenlichkeit* in ihrer unlösbaren Natur- und sozialen Gebundenheit, den schöpferischen Aufbau des "*individuellen Lebensstils*" (Adler). Es war ein ununterbrochener Kampf gegen die deskriptive "Schulpsychologie", gegen die Phänomenologie, gegen die Psychoanalyse

und deren Abzweigungen, gegen verständnislose und manchmal auch gehässige Kritik, ein Kampf, der Adler stets zu neuen, besseren Formulierungen zwang, ihn immer neue, in der Praxis der Psycho-Therapie und Heilpädagogik erhärtete und erprobte Wege der Erkenntnis führte. Im folgenden sollen die grundlegenden Erkenntnisse der Individualpsychologie und ihre wichtigsten Folgerungen in kurzer Zusammenfassung zur Darstellung gelangen, wobei dort, wo es aus der Entwicklung heraus notwendig erscheint, Hinweise und Ergänzungen vorgenommen werden.

Funktion der menschlichen Psyche.

Die individualpsychologische Denk- und Arbeitsmethode basiert auf der Erkenntnis, dass in der Wissenschaft jede Systemisierung, Analyse, ja jede Abstraktion ein Kunstprodukt menschlicher Geistesarbeit ist und mehr oder minder eine, wenn auch häufig notwendige Vergewaltigung zur Vereinfachung der in Wirklichkeit sehr komplizierten und vielfältigen Gegebenheiten darstellt. Wenn wir also von Psyche, Soma, Individuum, menschlichem Organismus usw. sprechen, so sind diese Begriffe künstliche Abstraktionen. Konkret ist das menschliche Seelenleben eine Seite, eine Lebensform des einheitlichen menschlichen Organismus, das menschliche Individuum ein Teil der menschlichen Gesellschaft, diese ein ebenso unlösbarer Bestandteil der Erdnatur und des Kosmos. Das Weltall in seiner ganzen, noch kaum durchforschten Mannigfaltigkeit hängt innig und untrennbar zusammen, seine "Bestandteile", wo immer wir sie untersuchen, ergänzen und beeinflussen einander, in ständiger Bewegung und Entwicklung, nicht nur einfachen Kausalgesetzen von Ursache und Wirkung folgend. Man muss nur an die Namen Lamarck, Darwin, Häckel erinnern, um sich zu vergegenwärtigen, dass jedes Lebewesen im Kampfe ums Dasein, in den daraus resultierenden dauernden "Versuchen", die *stets wechselnden* Lebensbedingungen zu meistern, in der Phylogenese und — als deren Spiegelbild — in der Ontogenese seinen Organismus und dessen einzelne Organe formt und funktionstüchtig gestaltet. Nur diese *konkrete dynamische Gesamtbetrachtung* versetzt uns in die Lage, die Frage nach der Funktion eines Organs überhaupt zu stellen. Und nur, wenn wir uns über die Funktion eines Organs im Rahmen dieses Ganzen im klaren sind, vermögen wir einen Mangel an Funktionstüchtigkeit, schlechthin Krankheit genannt, zu verstehen.

So gesehen ist die Frage nach der Funktion des Seelenlebens im allgemeinen und des menschlichen Seelenlebens im besonderen leicht zu beantworten. Wir finden die Anfänge in primitiver Form bei jenen Lebewesen, die gezwungen und daher in der Lage sind, sich fortzubewegen, *aktiv* ihre Nahrung zu suchen, den Feind abzuwehren, den Geschlechtsakt zu vollziehen. Das setzt die Möglichkeit voraus, sich aktiv mit den Naturbedingungen auseinanderzusetzen, die die Erfüllung dieser Funktionen fördern oder behindern; dies erfordert zwei Fähigkeiten: 1) die gegebenen Bedingungen in irgendeiner Form zu *erleben*, sie wenigstens sinnlich wahrzunehmen, zu differenzieren, den Feind, den Geschlechtspartner, die zweckmässige Nahrung als solche zu erkennen; 2) die Meisterung dieser Bedingungen im Dienste der Erhaltung des Individuums und der Art *als Notwendigkeit* zu erleben—als *Antrieb zum aktiven Handeln* (Triebe: Hunger, Durst, Paarung, Angst u.a.). Diese Fähigkeiten charakterisieren das Tierreich einschliesslich der Gattung Mensch als beseelte Lebewesen, und wir verstehen unter **Seelenleben im allgemeinen die Summe von Faehigkeiten, die ein Individuum instand setzen, sich im Dienste der Erhaltung seinerselbst und seiner Art mit**

den aus seiner unloesbaren Naturverbundenheit resultierenden Bedingungen aktiv auseinanderzusetzen.

Im Laufe der prähistorischen Entwicklung ergab sich für den Menschen unter bestimmten Bedingungen die Unmöglichkeit einer Weiterexistenz als Einzelwesen. Es erfolgte nach einer langen Periode, in der neue Bedingungen heranreiften, die die bisherigen, in sich widerspruchsvoll gewordenen sprengten, der gesellige Zusammenschluss, örtlich und zeitlich ungleichmässig entsprechend den vor allem klimatisch und geophysisch differenzierten Gegebenheiten. Die Entwicklung des Menschen zum Hardenwesen bedeutet den ersten entscheidenden Wendepunkt in der Phylogenese des menschlichen Organismus. Neue Bedingungen verlangen neue Fähigkeiten: Organe werden überflüssig und verkümmern, andere, vor allem das Zentralnervensystem, der wahrscheinliche "Sitz" des Seelenlebens, zeigen eine stürmische Vorwärtsentwicklung. In einem geologisch kurzen Zeitraum erfolgte eine gewaltige Entwicklung des menschlichen Seelenlebens bis zu seiner heutigen hochdifferenzierten Stufe, eine Entwicklung, die phylogenetisch gesehen sicherlich noch im Anfangsstadium steht und unaufhörlich in beschleunigtem Tempo weitergeht. Man muss sich nur vorstellen, wie die menschliche Gesellschaft und damit der vergesellschaftete Mensch in den ständigen Versuchen, dieser Fülle von neuen Aufgaben gerecht zu werden, unter zahllosen Opfern gerade durch diesen Kampf sich immer höher entwickelte.

Halten wir uns diese, hier nur kurz angedeutete Entwicklung vor Augen und betrachten wir den Menschen in seinem gegenwärtigen Stadium, so ergibt sich, dass er als Einzelwesen in keiner Weise lebensfähig ist. Er lebt nolens volens in der Gemeinschaft und durch die Gemeinschaft. **Er lebt vom Erfahrungsschatz der gesamten Menschheitserrungen — in all ihren Zweigen.** Er kann dieser, aus seinem Verknüpftsein mit der Natur hervorgegangenen Tatsache nicht entrinnen. Nahrung, Schutz vor Wetterunbilden, Abwehr feindlicher Lebewesen, Fortpflanzung, alle diese Kardinalfragen jedes Individuums können vom Menschen *nur als soziale Aufgaben* gelöst werden, die sich im Laufe der historischen Entwicklung differenziert und verfeinert haben, um zugleich einer ständigen Wandlung zu unterliegen.

Die Fülle der Fragen und Aufgaben, die sich aus dieser Natur- und sozialen Gebundenheit des Menschen ergeben — und das sind alle Fragen des Menschenlebens —, teilt *Adler* in drei Gruppen: 1) die Beziehung des Menschen zu seinen *Mitmenschen* im weitesten Sinne (Einordnung, Geselligkeit, Freundschaft, Lebensanschauung usw.); 2) die Beziehung des Menschen zur *Betaetigung* (Beruf, Interessengebiete usw.); 3) die Beziehung des Menschen zum *Geschlechtspartner* (sexuelle Frage, Liebe, Ehe usw.). Diese drei Fragenkomplexe lassen sich praktisch nicht voneinander trennen; es gibt keine noch so triviale Situation im Leben des Individuums, in der es sich nicht in irgendeiner Form diesen Fragenkomplexen gegenübergestellt sieht. Gerade die ungeheuer schweren Aufgaben, denen sich heutzutage ungezählte gewaltsam aus der gewohnten Umwelt herausgerissene Menschen gegenübersehen, zeigen mit ihren vielfältigen seelischen Konflikten die unlösbare Verflochtenheit der drei Fragenkomplexe. Soziale Entwurzelung, weltanschauliche Divergenzen, sexuelle Erschütterungen beeinflussen einander und bilden häufig die Basis seelischer Funktionsstörungen, die bereits zu Massenerscheinungen geworden sind.

Wie bereits ausgeführt, muss sich jede aus den obigen Fragen-Komplexen erfliessende Notwendigkeit im Seelenleben des einzelnen widerspiegeln als Erlebnis,

Antrieb und Fähigkeit zu aktivem Handeln. Das seelische Spiegelbild der Notwendigkeit des menschlichen Zusammenlebens nennen wir *Gemeinschaftsgefuehl.* Wie die Notwendigkeit des menschlichen Zusammenlebens ein dominierender Faktor im Leben jedes Menschen ist, so ist das Gemeinschaftsgefühl ein dominierender Faktor im Seelenleben jedes Menschen. Tatsächlich gibt es keine wie immer geartete Ausdrucksform des menschlichen Seelenlebens, in der das Gemeinschaftsgefühl als Ausdruck der sozialen Gebundenheit nicht irgendwie mitschwingt. Doch dieses Gemeinschaftsgefühl ist durchaus kein homogener Begriff. Vielmehr muss man auch dieses Gemeinschaftsgefühl und seine historischen Wandlungen, Verfeinerungen und Differenzierungen als Spiegelbild der Stellung des Individuums in der menschlichen Gesellschaft auf ihrer jeweiligen Entwicklungsstufe betrachten. Keine Epoche der menschlichen Geschichte hat das Gemeinschaftsgefühl gleichzeitig so differenziert und so entwickelt wie die unsere. Wir finden hier auf einer höheren Stufe der Entwicklung den sozialen Kampf, der das Gemeinschaftsgefühl beeinflusst und von ihm wiederum Auftrieb erfährt, wie in prähistorischen Zeiten im Kampfe gegen die Naturgewalten zur Erhaltung des einzelnen und seiner Art das Seelenleben sich entwickelte. Und so haben wir die weiter oben gegebene allgemeine Definition des Seelenlebens für den *Menschen als soziales Wesen* dahin zu ergänzen und zu erweitern, dass das Seelenleben der Inbegriff all der Faehigkeiten ist, die das "zoon politikon" Mensch instand setzen, sich mit den geschilderten Fragenkomplexen als soziales Wesen auseinanderzusetzen. Mit anderen Worten: wenn wir die menschliche Psyche als ein "Organ" im Dienste der psycho-physischen Einheit des menschlichen Organismus a[illegible], so ist sie das *Gemeinschaftsorgan des Menschen.*

Soll ein Organ sich *gesund, d.h. funktionstuechtig* entwickeln, soll es nicht verkümmern, dann darf es in der Ausübung der ihm adäquaten Funktion nicht behindert werden, dann muss es diese Funktion *trainieren.* Soll sich ein Mensch seelisch gesund, d.h. funktionstüchtig entwickeln, dann muss er gemäss der dem Seelenleben adäquaten sozialen Funktion von frühester Kindheit an sich darauf vorbereiten, in jeder konkreten Situation die Aufgaben, die sich aus den früher genannten Fragenkomplexen ergeben, *als soziales Wesen* zu lösen: er muss sein Gemeinschaftsgefühl praktisch trainieren. So erscheint jede seelische "Gleichgewichtsstörung" als *Funktionsstoerung* des Seelenlebens als des "sozialen Organs".

Wollen wir einen Menschen psychologisch verstehen, so betrachten wir ihn daher nicht als ein Abstraktum, als ein Konglomerat von Organen, sondern als lebende, dynamische Einheit *in seinem konkreten Lebenskreis,* mit seinen tausendfältigen Beziehungen und Bindungen, in konkreten Situationen. Und die erste Frage, die wir uns vorlegen, lautet: *Wie steht es um die Funktionstuechtigkeit seines sozialen Organs?* Wie weit ist das Gemeinschaftsgefühl dieses Menschen entwickelt? Wie weit löst er die jeweils sich ergebenden konkreten Fragen als soziales Wesen? Wie weit versucht er, sich von diesen Fragen zu distanzieren? Die Antwort erschliessen wir natürlich nicht daraus, was der zu Beobachtende uns darüber sagt oder was er zu tun glaubt, sondern aus de *vergleichenden* Beobachtung seines *wirklichen* Verhaltens in konkreten Situationen.

Das Bewegungsgesetz der menschlichen Psyche.

Wie bereits ausgeführt, entspricht die Entwicklung des menschlichen Seelenlebens, ähnlich der eines körperlichen Organs, einer dynamischen Wechselbeziehung zwischen den sich stets ändernden Bedingungen und dem Organismus, der diese Bedingungen zu meistern sucht. In dieser dynamischen Wechselbeziehung ist ein Idealzustand nicht möglich, sondern nur ein dauerndes "Tasten und Versuchen" nach besserer Funktion, nach Beseitigung von Mängeln und Schwierigkeiten, nach grösserer Vollkommenheit. Diese Bewegung finden wir überall in der belebten Natur, in der Phylogenese und Ontogenese, auch im menschlichen Seelenleben. Jede seelische Aktion, in welcher "Kategorie" auch immer wir sie finden, stellt sich als eine *Bewegung* dar, die mit dem *subjektiven Erlebnis einer Schwierigkeit* beginnt. Dieses Erlebnis ist gleichzeitig Antrieb zu deren Ueberwindung. Auf Grund dieses Antriebs macht der Mensch jene Bewegung, die ihm, wieder subjektiv, eine Erfolgsmöglichkeit verspricht, eben die Ueberwindung dieser Schwierigkeit. Zur näheren Erläuterung sei bemerkt, dass diese dynamische Betrachtungsweise keine starren Gegensätze kennt; "gesund" und "krank" heisst hier: mehr oder weniger funktionstüchtig, und "schwierig" ist nicht das Gegenteil von "leicht", sondern "leicht" heisst: "mit sehr geringen Schwierigkeiten verbunden". Dies vorausgesetzt, sei folgendes Beispiel angeführt. Wenn ich ein Streichholz anzünde, so ist das nicht nur eine körperliche, sondern auch eine seelische Bewegung, getrieben vom subjektiven Erlebnis einer Schwierigkeit, des Bedarfes an Feuer; von diesem Erlebnis angetrieben mache ich jene Bewegung, die auf das Ziel der Ueberwindung dieser Schwierigkeit gerichtet ist, ein Ziel, welches mir, wieder subjektiv, eine Erfolgsmöglichkeit verspricht. Das gilt für Automatismen — bereits mechanisierte seelische Bewegungen — genauso wie für *erstmalig* unternommene Bewegungen. Das Erlebnis selbst und die darauf folgende Bewegung basieren auf der Erfahrung der Menschheit und meiner eigenen, darauf aufgebauten.

Die Subjektivität sei deshalb besonders betont, weil eine Schwierigkeit für mich *psychologisch* dort besteht, wo ich sie als solche erlebe und wo ich andererseits die Möglichkeit habe, ein Mittel anzuwenden, das mir Erfolg zu versprechen s c h e i n t. Ich hätte im obigen Beispiel auch auf andere Art zu Feuer gelangen können.

Als Bewegung betrachtet ist jedes psychische "Phänomen", ob "elementar" oder hochdifferenziert, eine — wenn auch nicht immer bewusste, so doch — *aktive Verhaltungsweise*, auf die sich das bisher Gesagte anwenden lässt. Es ist dies das **Bewegungsgesetz der menschlichen Psyche:** *Jede seelische Verhaltungsweise ist eine Bewegung, ausgehend von dem Erlebnis einer subjektiven Schwierigkeit als Antrieb zu deren Ueberwindung und gerichtet auf das Ziel einer subjektiven Erfolgsmoeglichkeit, eben deren Ueberwindung.* Daraus folgt:

1. Um einen Menschen psychologisch zu verstehen, muss man ungefähr wissen, was er subjektiv als Schwierigkeit bezw. Erfolgsmöglichkeit betrachtet.

2. Die aus der Natur- und sozialen Gebundenheit als Wechselbeziehung resultierenden objektiven Gegebenheiten sind als *Rohmaterial* aufzufassen, das der einzelne Mensch subjektiv erlebt und verarbeitet. Auf Grund subjektiver Erlebnisse baut das Individuum seine Erfahrungen auf. Aus diesem Erfahrungsmaterial gestaltet es seine Persönlichkeit. Die objektiven Gegebenheiten sind nicht einfach Ursachen,

sondern Bedingungen, zu denen das Individuum in Wechselbeziehung steht und die es schöpferisch verwertet.

3. Die objektiven Gegebenheiten des eigenen Organismus gehören ebenso zu diesem Rohmaterial, wie die Aussenwelt. Anlage und Vererbung spielen allerdings psychologisch keine wesentliche Rolle. *Adler* betonte wiederholt, nicht nur darauf komme es an, was man mitbringt, sondern vor allem, was man daraus macht. Die Individualpsychologie ist aber auch keine "Milieutheorie" im landläufigen Sinne: das Milieu "formt" nicht die Persönlichkeit, sondern das Individuum entwickelt seine Persönlichkeit schöpferisch, aktiv, "auf Grund" des subjektiven Erlebnisses objektiver Gegebenheiten. Hierzu gehört:

a) der *eigene Organismus* mit seiner somatischen Konstitution und allen phylogenetisch erworbenen Fähigkeiten und Möglichkeiten;

b) das *Milieu*. Darunter versteht man: die allgemeinen ökonomischen und sozialen Bedingungen und die darauf aufgebaute allgemeine geistige Einstellung (Kulturniveau, Rechtsauffassungen, Religion, Moral, Weltanschauung usw.), sowie die spezifische Einordnung aller Menschen aus dem Lebenskreis, in den die werdende Persönlichkeit hineingeboren wurde und hineinwächst, in diesen Rahmen; die eigene Persönlichkeit jedes Menschen im Lebenskreis dieses Individuums; die Stellung und Einstellung jeder dieser Persönlichkeiten zu dem Individuum; das Verhältnis dieser Menschen zueinander; kurz sämtliche aus der Aussenwelt kommenden objektiven Gegebenheiten.

4. Es kommt nicht nur darauf an, w a s ein Mensch subjektiv als Schwierigkeit bezw. Erfolgsmöglichkeit erlebt, sondern auch darauf, in welchem G r a d e er es erlebt. Je intensiver das Erlebnis einer Schwierigkeit, umso weiter ausholend sind die Bewegungen zu ihrer Ueberwindung. (Auch das Ausweichen vor einer Schwierigkeit ist, psychologisch gesehen, eine Art Ueberwindung, auf der Linie des geringeren Widerstandes, freilich nur des subjektiven Erlebnisses dieser Schwierigkeit, daher eine subjektive Erfolgsmöglichkeit! Das ist besonders wichtig in der Psychopathologie.) In Bezug auf Richtung und Intensität dieser Bewegung gibt es ebenso viele Nuancen wie Individuen Eben diese Nuance ist für jedes Individuum charakteristisch und grenzt den Begriff "Persönlichkeit" ab.

5. Aus der Beziehung des Bewegungsgesetzes zur Frage der sozialen Funktionstüchtigkeit folgt: ein Mensch ist seelisch umso gesünder, je mehr sein subjektives Erlebnis mit den objektiven Gegebenheiten in Einklang steht. Umso weniger wird er gegebene Schwierigkeiten über- bezw. unterschätzen, was in den Konsequenzen für seine praktische Verhaltungsweise psychologisch das gleiche bedeuten kann. Jede seelische Abwegigkeit ist ein Ausdruck der Spannung zwischen subjektivem Erlebnis und objektiver Gegebenheit.

Der individuelle Lebensstil.

Wie erfolgt der Aufbau der Persönlichkeit? Der Anfang ist in frühester Kindheit zu suchen, in jenen Tagen, da sich die erwachende Erlebnisfähigkeit noch in der Empfindungs- und Gefühlssphäre abspielt und ein Bewusstsein noch kaum entwickelt ist. Schon in den ersten Tagen erlebt das Kind bedeutende Schwierigkeiten, z.B. Hunger, Kälte, Unbehagen durch Nässen, durch Lagerung usw. Es erlebt, vielleicht nur als Unlustgefühl, seine eigene Hilflosigkeit und antwortet darauf zunächst mit dem einzigen ihm zur Verfügung stehenden Mittel: mit Schreien. Gleichzeitig tritt die Verbindung des Kindes mit der Gemeinschaft in Aktion, meist in Gestalt der Mutter. Nun verhalten sich Mütter je nach ihrer Persönlichkeit im oben gezeigten Sinne verschieden. Das Kind erlebt subjektiv die ersten Erfolge in individuell verschiedener Form. Mit seinen Mitteln macht es aus diesen Erlebnissen seine ersten individuellen Erfahrungen. So finden wir schon bei Säuglingen Unterschiede in der Verhaltungsweise. Die Erlebnisse von Schwierigkeiten und Erfolgsmöglichkeiten häufen sich mit fortschreitender Entwicklung, und das Kind schöpft schon aus seinem Erfahrungsschatz. Immer häufiger erlebt es eine Schwierigkeit, die irgendwie an eine früher erlebte anklingt, und macht zu ihrer Beseitigung die Bewegung, die ihm damals schon subjektiv eine Erfolgsmöglichkeit zeigte. So t r a i n i e r t es bestimmte seelische Bewegungen. Derart wird allmählich immer mehr sein ganzer Lebenskreis in sein Gesichtsfeld einbezogen.

Diese subjektiv als Schwierigkeiten erlebten Situationen sind im Blickfeld des Kindes natürlich nicht voneinander gesondert, da die Fähigkeit zur Abstraktion schon eine gewisse Entwicklungsstufe des Denkens voraussetzt. Sie fliessen ineinander, in ein einheitliches "subjektives Weltbild", in eine *fruehkindliche Gesamtsituation*, der gegenüber das Kind sich klein, schwach, hilflos fühlt. *Die Stimmungslage des Kindes im fruehesten Alter als Ausdruck des Erlebnisses dieser fruehkindlichen Gesamtsituation bezeichnet Adler als Minderwertigkeitsgefuehl.* Der Vorwurf mancher Kritiker, die Individualpsychologie führe "einseitig alles auf das Minderwertigkeitsgefühl zurück", ist unberechtigt. Denn die Feststellung, jemand "habe ein Minderwertigkeitsgefühl", konstatiert nur ein allgemeines Grundgesetz, aber nichts bestimmtes über ein Individuum. Um einen bestimmten Menschen psychologisch zu erfassen, müssen wir die *individuelle Faerbung und Konkretisierung s e i n e s Minderwertigkeitsgefuehls* erforschen, das dem durchaus individuell gefärbten subjektiven Erlebnis seiner gleichfalls individuell gefärbten frühkindlichen Gesamtsituation entspricht.

Hierauf angewendet besagt das Bewegungsgesetz der menschlichen Psyche, dass auch das Minderwertigkeitsgefühl Antrieb zu dessen Ueberwindung, *Kompensation*, ja sogar *Ueberkompensation* ist. Und entsprechend dem Minderwertigkeitsgefühl fliessen auch die einzelnen seelischen Kompensationsbewegungen mit fortschreitender Entwicklung immer mehr zu einer einheitlichen, individuell gefärbten seelischen Verhaltungsweise zusammen. Sie nehmen eine immer einheitlichere Richtung an, die Richtung auf ein f i k t i v e s Ziel der Vollkommenheit, das entsprechend dem Minderwertigkeitsgefühl ebenfalls individuell gefärbt und konkretisiert ist. Die sich immer wieder ändernden Einzelheiten des in früher Kindheit erworbenen subjektiven Weltbildes verblassen allmählich. Was davon bleibt, ist der subjektive Eindruck als Ausgangspunkt der psychischen Bewegungsrichtung und die Bewegungsrichtung selbst. Je mehr diese Bewegungsrichtung trainiert und mechanisiert wird, umso mehr entgleitet sie der Kontrolle des sich entwickelnden Bewusstseins, umso mehr werden neue Situationen konform dieser Bewegungsrichtung *tendenzioes apperzipiert*. Mit anderen Worten,

unter dem fiktiven Ziel der Vollkommenheit "versteht" jedes Individuum etwas ganz Bestimmtes, z.B. (oberflächlich ausgedrückt) Körperkraft, Macht, Geltung, Märtyrertum, Einordnung in die menschliche Gemeinschaft. Und es scheint, als würde sich jeder Mensch schon etwa im dritten bis fünften Lebensjahr angesichts jeder neuen Situation orientieren, inwieweit diese Situation geeignet ist, ihn diesem seinem fiktiven Ziele näher zu bringen oder ihn davon zu entfernen. Danach richtet er in jeder neuen Situation seine Verhaltungsweise.

Um einen Menschen psychologisch zu verstehen, müssen wir also auch seine individuelle Konkretisierung des fiktiven Zieles der Vollkommenheit und damit seine seelische Bewegungsrichtung erforschen. Diese individuelle Richtung finden wir in jeder seelischen Bewegung, in Mechanismen (Physiognomie, Körperhaltung, Gangart usw.) und in hochdifferenzierter geistiger Tätigkeit. Wir finden sie auch in ambivalenten Verhaltungsweisen eines bestimmten Individuums. Denn in Bezug auf das fiktive Ziel bewegen sich beim gleichen Individuum auch einander widersprechende Verhaltungsweisen in gleicher Richtung. Diese einheitlich gerichtete Bewegung, in deren Fluss jede seelische Ausdrucksform einem einzelnen Akkord einer einheitlichen Melodie vergleichbar ist, nennt *Adler* **individuellen Lebensstil.**

Kompensationsbewegungen sind umso intensiver, je mehr das Erlebnis einer bestimmten Schwierigkeit in den Vordergrund tritt. Eine angeborene Organminderwertigkeit wird vom Kinde wohl als solche nicht erkannt, aber als besondere Schwierigkeit bei vielen Gelegenheiten subjektiv erlebt, und drückt dem frühkindlichen subjektiven Weltbild ihren Stempel auf. Die entsprechende Kompensationsbewegung wird demgemäss bei der psychischen Gesamtbewegung im Vordergrund stehen, ihre Richtung charakteristisch beeinflussen. Das gleiche finden wir bei der sozialen und materiellen Situation der Familie, dem Verhältnis des Kindes zu den Eltern, seiner Stellung in der Geschwisterreihe, der Erziehung usw. Die seelische Gesamtbewegung stellt sich somit, vergleichsweise ausgedrückt, dar als die Resultierende aller frühkindlichen Kompensationsbewegungen.

Aus den bisherigen Ausführungen folgt: Einen Menschen psychologisch verstehen, sein Verhalten in bestimmten Situationen gleichsam vorhersagen zu können, heisst, seinen individuellen Lebensstil erfassen. Der Kundige kann den Lebensstil eines Menschen erschliessen aus der vergleichenden Beobachtung seiner seelischen Verhaltungsweise in verschiedenen Situationen und aus den mechanisierten Ausdrucksformen seiner Persönlichkeit, aus Träumen, aus von ihm erzählten ältesten Kindheitserinnerungen, wobei der Vergleich nicht dem jeweiligen Inhalt, sondern nur der Bewegung gilt. Zur Erläuterung diene ein einfaches Beispiel.

Ein Patient, der an Platzangst litt, gab als älteste Kindheitserinnerung an, er sei in einem unbewachten Augenblick aus dem Kinderwagen gefallen. Ein Traum des Patienten sagt, er werde in einem Wald von wilden Tieren verfolgt. Des Inhaltes entkleidet bedeuten die Platzangst, die Kindheitserinnerung und der Traum: *Man darf mich nicht schutzlos lassen!* Streben nach einem Ziel der Vollkommenheit heisst für diesen Menschen ungefähr Streben nach Schutz durch andere. Es kann, von einer anderen Seite derselben Bewegung her gesehen, auch heissen: Streben nach Verfügungsgewalt über andere. Diesem fiktiven Ziel wird jede seelische Bewegung untergeordnet, was sich in vielen Situationen und Lebenslagen dieses Patienten leicht nachweisen lässt. Dabei kommt es nicht darauf an, ob er etwa diese Kindheitserinnerung für belanglos hält, auch nicht darauf, ob er sie wirklich erlebt hat. Massgebend ist, dass er eine derartige Situation in seinem Gedächtnis festhält, gleichsam als ständige Mahnung an sich selbst diese seine Bewegungsrichtung nicht zu verlassen.

Nun noch wenige Worte über das Verhältnis zwischen Lebensstil und seelischer "Gesundheit". Ein Mensch ist seelisch umso "gesünder", je mehr er es gelernt hat, seinen Lebensstil mit den objektiven Gegebenheiten seines sozialen Daseins, mit der Dialektik des Lebens, in Einklang zu bringen. Innere Sicherheit, Ausgeglichenheit, Selbstvertrauen erwachsen nur aus dieser Richtung. Da *Charaktereigenschaften* nichts anderes sind als *mechanisierte, in konkreten Situationen angewandte Verhaltungsweisen*, werden hier vorwiegend solche Eigenschaften aufscheinen, die in dieser Richtung liegen (z.B. Mut, Sachlichkeit, Verantwortungsgefühl). Wieweit ein Mensch von dieser Richtung abweicht, hängt vom Ursprung seines Lebensstils ab, von seiner frühkindlichen sujektiven Einschätzung von Schwierigkeiten und Erfolgsmöglichkeiten. Subjektive Einschätzungen sind Irrtümern unterworfen, die durch nichts determiniert sind, zu denen man aber, besonders in der Zeit eines noch unentwickelten Bewusstseins, leicht *verleitet* werden kann. Allgemein ausgedrückt, weicht ein Mensch von der oben skizzierten Richtung umso mehr ab, je mehr er durch seine frühkindliche Gesamtsituation sich zu dem Irrtum verleiten liess, als ob er p e r s ö n l i c h den Anforderungen des sozialen Daseins nicht gewachsen wäre, d.h. je mehr er irrtümlich sein Minderwertigkeitsgefühl für eine durch sein persönliches Schicksal determinierte, unabänderliche objektive Minderwertigkeit "hält", die er nunmehr vor den anderen und vor sich selbst verbergen zu müssen glaubt. Letzteres ist identisch mit dem subjektiven Erlebnis eines *vermeintlichen* Erfolges. Diese Menschen, jeder entsprechend seinem Lebensstil, gehen in erster Linie auf die Rettung ihres Persönlichkeitsgefühles aus, wenn notwendig, auch im Kampf gegen die Mitmenschen. Wer sein Persönlichkeitsgefühl dauernd bedroht sieht, hat kaum den Mut zur sachlichen Lösung seiner Lebensfragen, die soziale Aufgaben sind, und verschärft die Abwehrstellung umso mehr, je mehr eine neue Situation sein Persönlichkeitsgefühl zu bedrohen scheint. Wieweit diese Menschen überhaupt zu einem sozialen Leben fähig sind, ist nur eine Frage des noch verbliebenen S e l b s t v e r t r a u e n s. Hier kann nur kurz angedeutet werden, dass alle Arten von seelischen Fehlschlägen (Schwererziehbarkeit, Nervosität, Neurosen, auch funktionelle Psychosen) Ausdrucksformen dieser objektiv vergeblichen Kampfstellung gegen die Dialektik des Lebens sind, Versuche, die, vom Patienten selbst unverstanden, darauf abzielen, entsprechend seinem Lebensstil durch Schaffung von G e g e n g r ü n d e n Aufgaben zu entgehen, denen er sich nicht gewachsen fühlt, um doch sein Persönlichkeitsgefühl zu retten. "Was könnte ich nicht leisten, w e n n ich nicht an Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit usw. litte!"— Er leidet wirklich und kämpft dagegen an, aber g e r a d e d a d u r c h unterstreicht er das "Wenn".

Da von der Geburtsstätte der Persönlichkeit nur der allgemeine Eindruck zurückbleibt, von dem die seelische Bewegungsrichtung ihren Ausgang nimmt, und später immer tendenziös apperzipiert wird, fehlt dem Individuum die Kontrolle über seinen Lebensstil. So lange diese Kontrolle fehlt, "beherrscht" der Lebensstil den Menschen. Jeder Mensch aber ist in der Lage, seinen Lebensstil zu beherrschen und abzuändern, sofern es gelingt, ihm die Kontrolle darüber zu ermöglichen. Das ist die Aufgabe jeder *Erziehung, Heilpaedagogik und Psochotherapie*. Sie alle erfordern, dass wir dem Menschen mit Hilfe der individualpsychologischen Technik seinen Lebensstil an Hand seiner Verhaltungsweise von seinem Ursprung an aufdecken und ihm so behilflich sind, seine in falsche Richtung tendierende Apperzeption zu überwinden. Dadurch helfen wir ihm gleichzeitig, die bestehende Spannung zwischen subjektivem Erlebnis und objektiver Wirklichkeit zu überwinden, und vermitteln ihm den Nachweis, dass bei ihm eine wirkliche persönliche Minderwertigkeit keineswegs vorliegt, sondern

dass seine Einstellung auf irrtümlichen Auffassungen in früher Kindheit zurückführen ist. Dadurch bieten wir ihm, nicht durch Trostworte, sondern auf wissenschaftlicher methodischer Grundlage das, was *Adler* in der Erziehung und Psychotherapie als das wesentlichste Moment bezeichnet: *E r m u t i g u n g.*

Anwendungsgebiete.

Die Nutzanwendungen der Individualpsychologie, die hier nur zum Teil erwähnt werden können, liegen klar auf der Hand.

1. Die Individualpsychologie ist nicht nur eine *Charakterlehre*. Die *Menschenkenntnis*, bisher nur künstlerisch, intuitiv betrieben, wird hier zum ersten Male eine lehr- und lernbare Methode.

2. Die Erziehung wird auf eine neue wissenschaftliche Basis gestellt. Sie gibt dem Pädagogen ein Rüstzeug in die Hand, das er, wenn er es einmal kennengelernt und erprobt hat, nicht mehr entbehren möchte Allerdings setzt die richtige Anwendung dieses Rüstzeugs die Durchführung der bekannten Forderung voraus: "Erziehung der Erzieher!" In der Heilpädagogik eröffnen sich neue nützliche Perspektiven für die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Erzieher. Hier sei nur an die in fortschrittlichen Ländern verbreiteten öffentlichen Erziehungsberatungsstellen erinnert.

3. Die Psychotherapie und Psychopathologie erhalten eine neue Methode, seelisch "Kranke" vom Gesichtspunkt der Persönlichkeit aus zu erfassen und zu behandeln. Neurotische, auch funktionell psychotische Symptome verlieren ihre pathognomonische Bedeutung, da sie als Ausdrucksformen des individuellen Lebensstils im Rahmen der Einheit der Persönlichkeit verstanden werden können.

4. Die Anwendungsgebiete liegen überall dort, wo der lebende Mensch Gegenstand unserer Tätigkeit ist. Viele Möglichkeiten bleiben der Zukunft vorbehalten. Denken wir etwa an die Entstehung einer "forensischen Psychologie", in wesentlich weiterem Rahmen als dem der forensischen Psychiatrie. Denken wir an eine neue Art von Psychotechnik, an die Verbindung mit dem weiteren Rahmen der Soziologie durch die Massen-Psychologie. Die Bedeutung soziologischer Erscheinungen für das Seelenleben ist in den letzten drei Jahrzehnten immer klarer geworden und hat die individuelle und ganz besonders die gruppenmässige Differenzierung des Seelenlebens verstärkt und vertieft. Das hat zur Entwicklung der Massenpsychologie geführt. In der Nutzbarmachung ihrer Erkenntnisse für die konkreten Einzelprobleme der Individualpsychologie und umgekehrt zeigt sich die Wirksamkeit der Bewegungsgesetze, die notwendig über den von Adler erreichten Stand hinausführen, ihn ergänzen und weiter entwickeln.

So möge diese kurze Zusammenfassung eines weiten Wissensgebietes eine Anregung sein, eine Würdigung Alfred Adlers und eine Basis weiterer Forschung. Daher soll ein schönes Wort Adlers den Abschluss bilden:

> **"Wir sind uns dessen bewusst, mit der Individualpsychologie keine "absolute Wahrheit" gefunden zu haben. Wir betrachten es nur als unsere Aufgabe, danach zu streben, von grösseren zu immer kleineren Fehlern zu gelangen."**

Chirurgische Komplikationen des Diabetes mellitus und ihre Behandlung durch die Zusammenarbeit von Internisten und Chirurgen.

von Dr. H. Nossen, M. D., Chirurg.

(Nach einem Vortrag im Verein frei praktizierender Aerzte in Hongkew am 2. Dezember 1940.)

Das Jahr 1889 bildet deshalb in der Geschichte der Medizin einen Markstein, weil von *Mering* und *Minkowski* durch ihre berühmten Experimente an Hunden nachweisen konnten, dass die Entfernung des Pankreas eine Erkrankung verursacht, welche in ihrer Analogie und Auswirkung dem menschlichen Diabetes mellitus gleichzusetzen ist. Noch ein zweites Datum darf in der Geschichte der Medizin niemals vergessen werden: 1921 gelang es den Kanadiern *Banting* und *Best*, das Pankreashormon Insulin darzustellen. Als Schüler und späterer Assistent Minkowski's hatte ich Gelegenheit, die Ansichten dieses Altmeisters der Medizin über sein ureigenstes Forschungsgebiet zu hören und sie später als Chirurg zu verwerten.

Wir wollen uns daran erinnern, dass normalerweise der Organismus die ihm zugeführten Kohlehydrate in Traubenzucker verwandelt, welcher, wie Sie wissen, in der Leber als Glykogen aufgespeichert wird. Dieser Vorgang wird von einem vegetativen Zentrum in der Medulla reguliert. Hierbei ist allerdings zu betonen, dass die Regulierung des Glykogen nicht allein von diesem Zentrum abhängt, sondern dass nach den modernsten Forschungsergebnissen auch die Drüsen mit innerer Sekretion in diesen komplizierten Vorgang eingreifen. Hier ist es besonders das Adrenalin der Nebennierenrinde, welches auf nervösen Reiz hin das Glykogen mobilisiert, während dem Insulin gerade die entgegengesetzte Wirkung im Sinne einer Hemmung der Zuckerabgabe zukommt. Wir wissen aber auch, dass dem Insulin ferner noch eine wichtige Rolle insofern obliegt, als es bei der Ueberführung des Traubenzuckers in Glykogen mitarbeitet und damit eine bedeutende Rolle beim Aufbau und bei der Arbeit der menschlichen Zelle spielt Die diabetische Stoffwechselerkrankung besteht nun hauptsächlich in einer Störung jenes wechselseitigen Mechanismus des Adrenalin und des Insulin in dem Sinne, dass bei gestörter Funktion des Inselapparates der dem Körper mit der Nahrung zugeführte Zucker pathologisch verarbeitet wird; es kommt nämlich zu einer Verminderung der Toleranz im Zuckerhaushalt, welche wir mit unseren klinischen Untersuchungmethoden jederzeit feststellen können. Neben diesen klinisch klaren Fällen von Diabetes gibt es aber auch einen latenten Diabetes, auf den *Umber* besonders hingewiesen hat. Die Träger einer solchen latenten Anlage scheiden bei nur wenig vermehrter Zufuhr von Traubenzucker Zucker aus. Wir Chirurgen begegnen solchen Patienten häufig bei chirurgischen Erkrankungen, wie z. B. Peritonitis, Schädelfraktur, Frakturen im allgemeinen, Kontusionen etc.; kurze Zeit nach dem Trauma wird dann zufallsweise bei diesen Kranken die latente diabetische Anlage entdeckt.

Rosenfeld, Breslau, hat das Wort geprägt, dass beim Diabetes mellitus die Fette im Feuer der Kohlehydrate verbrennen, d.h. die Verbrennung der Kohlehydrate ist durch pathologische Stoffwechselvorgänge gestört, der Kohlenstoff wird von den Zellen nicht oxydiert, und schliesslich nimmt der Körper den erforderlichen Vorrat aus den Fetten. Da aber die Kohlehydrate nicht normal abgebaut werden, kommt es zu einer unvollständigen Spaltung der Fette und damit zur Bildung von Azeton und Azetessigsäure. Wir Chirurgen sollten immer daran denken, dass bei jeder Art von Trauma oder infektiösen chirurgischen Erkrankungen eine Störung des Stoffwechsels vorliegen oder manifest werden kann. Allgemeinpraktiker oder Internisten denken sofort an einen Diabetes, wenn ihre Patienten eine ausgedehnte Furunkulose haben, über starkes Durstgefühl klagen, oder wenn neuralgische Beschwerden vorhanden sind; sie alle kennen diese Dinge aus der Praxis und haben alle Stadien im Krankheitsgeschehen des Diabetikers bis zu dem gefürchteten Bild des präkomatösen Zustandes oder des Komas selbst erlebt. Hierbei sei erwähnt, dass Fälle beobachtet worden sind, in denen fälschlich eine Peritonitis diagnostiziert wurde und die vorgenommene Operation das Schicksal des kranken Menschen leider erst recht besiegelte; solche peritonitisähnliche Erkrankungen sind aber nur der Ausdruck einer Störung des Bauchsympathicus im Rahmen eines komatösen Zustandes. *Crecelius* hat für die Diagnose und Operationsindikation einen recht bedeutsamen Hinweis gegeben. Wir wissen, dass Acidosis und Koma die Leukozytenzahl im allgemeinen steigern, und zwar als Ausdruck einer gestörten Leukopoese. *Crecelius* weist nun darauf hin, dass das Absinken der Leukozyten innerhalb weniger Stunden nach Insulingabe die Möglichkeit einer gleichzeitigen abdominellen Erkrankung im chirurgischen Sinne ausschliesst, dass hingegen die Vermehrung der Leukozyten beim Vorhandensein abdomineller Erscheinungen die chirurgische Intervention erfordert. Mit der Temperaturmessung können wir im allgemeinen wenig anfangen. Da wir wissen, dass Diabetiker oftmals Untertemperaturen haben, bedeutet die Feststellung der Temperatur in solchen Fällen keinen wertvollen diagnostischen Hinweis; in Fällen von sogenannter Pseudoperitonitis pflegt die Temperatur selten über 38 Grad anzusteigen. Praktiker und Internisten neigen dazu, die Schwere eines Falles von Diabetes auf Grund ihrer praktischen Erfahrung - last not least - nach dem Erfolge ihrer therapautischen Massnahmen zu berurteilen und in der Beurteilung eines diabetischen Krankheitsfalles bezüglich seiner Schwere gewisse graduelle Unterschiede zu machen. Wir Chirurgen kennen eine solche Betrachtung nicht. Wir wissen, dass klinisch schwere Fälle von Diabetes bei chirurgischen Komplikationen oft einen unerwartet glatten Verlauf nehmen können, während andererseits Fälle, welche wir im Beginn als nicht zu ernst betrachteten, letal verliefen. Letzteres ist ganz besonders der Fall bei den septisch-chirurgischen Erkrankungen, bei denen wir vor dem Umschlagen des Krankheitsbildes ad malam partem niemals sicher sind. Diese Tatsache aber legt uns allen die Verpflichtung auf, jeden Fall von Diabetes immer ernst zu nehmen, wenn auch nur leichtere Symptome solcher Komplikationen auftreten.

In der Behandlung von Diabetikern mit chirurgischen Komplikationen haben wir uns vor allem zu fragen, ob und wie weit uns genügend Zeit zur Verfügung steht,

um den Patienten zur Operation auch intern vorzubereiten. Heute können wir mit Stolz behaupten, dass im Zeichen des Insulins unsere chirurgische Indikation beim Diabetiker kaum verschieden ist von derjenigen beim Nichtdiabetiker, wenn uns nur eine gewisse Zeit für die Vorbereitung in gemeinsamer Arbeit mit dem Internisten zur Verfügung steht. Andererseits aber sollten wir einem Diabetiker deshalb nicht zu viel zumuten, weil uns das Insulin zur Verfügung steht; denn jede Operation bedeutet für den Patienten einen erheblichen Eingriff in seinen Gesamtorganismus und erst recht beim Diabetiker, dessen Allgemeinzustand, Herz-und Gefässystem ganz besonders auch interner Kontrolle unterliegen müssen. Es wird also unsere gemeinsame Aufgabe sein, unser Handeln stets vorher genau festzulegen, wobei der Chirurg die vorzunehmende Operation auf ein Minimum eines Risikos zu reduzieren hat. Niemals dürfen wir im Zeitalter des Insulins ausgesprochene Optimisten werden und nie vergessen, dass auch die postoperative Behandlungsperiode uns vor schwierige Aufgaben stellt. Eine nicht-incarcerierte Hernie, eine subakute oder chronische Appendicitis, ein Gallenblasenleiden - wenn es nicht geradezu ganz akut und stürmisch auftritt-, eine Nierenaffektion werden uns im allgemeinen nicht zurückhalten, einen Diabetiker erst operationsreif zu machen; denn es handelt sich ja hier um einen Patienten, dessen Krankheit mit mit seinem sonstigen Diabetes keinen direkten Zusammenhang hat. Kritisch wird aber die Situation, wenn infektiöse Prozesse vorhanden sind, die oftmals trotz Insulin rasch zum Koma führen und mit hoher Prozentzahl letal verlaufen. Ich erinnere mich noch immer an einen Fall, den ich in der Minkowski'schen Klinik gemeinsam mit *Frank* behandelte. Es handelte sich um eine junge Frau, die bei täglichen Insulingaben jede Diät vernachlässigt hatte und plötzlich an einem schweren Oberlippenfurunkel erkrankte. Innerhalb weniger Stunden kam sie ins Koma; wir sassen die ganz Nacht bei dieser Patientin, die bei dauernder Blutzuckerkontrolle Insulin erhielt, während die lokale Behandlung nur in fortgesetzter Wärmeapplikation bestand. Die Patientin erholte sich aus ihrem Koma und wurde gesund.

(Schluss folgt.)

ABSTRACTS.

Internal Medicine.

39. The Drug Therapy of Cardiac Arrhythmias.

Robert L. Levy, New York, has chosen five of the more important arrhythmias for consideration.

1.) *Premature Contractions.* An etiologic diagnosis is essential. Toxic agents such as coffee, tea, or tobacco, should be eliminated. Bromide salts, from 0,6 to 1 gm, taken three times a day, Phenobarbital, from 0,015 to 0,03 gm, are often helpful. One of the early signs of myocardial insufficiency is the occurrence of ventricular premature contractions. One Digitalis Unit (Digitalis pulverata, U.S.P. 0,1 gm) is administered three times a day for four days, twice a day for three days and then once a day for a week. Should digitalis be poorly tolerated, squill may be substituted in the form of "Urginin". One 0,5 gm tablet is the approximate equivalent of 0,1 gm of digitalis leaf.

2.) *Auricular Fibrillation.* There are two ends to be achieved by drug therapy: first, to slow the rate of beating of the ventricles; second, to restore sinus rhythm. The first one is accomplished by administering digitalis. It is producing incomplete auriculo-ventricular block. If fibrillation persists, a daily maintenance ration should be continued. The daily dose may be as little as 0,05 gm or as much as 0,3 gm; the average is 0,1 gm daily. In rare cases an immediate slowing of rate seems imperative. Crystalline Strophanthin, injected intravenously, is the preparation of choice. At the first dose 0,5 mg is injected; this is followed at intervals of one hour or more by 0,1 mg. Treatment is then continued by giving a preparation of digitalis by mouth, by rectum, or by intramuscular injection. Restoration of normal rhythm can be brought about, in certain cases, by the use of quinidine sulfate. Toxic effects are tinnitus, nausea, vomiting, diarrhoea, and sometimes syncope, collapse, embolism and, on rare occasions, sudden death. Contraindications are idiosyncrasy to cinchona

erivatives, fibrillation of long standing, significant cardiac enlargement, mitral stenosis, congestive heart failure, partial or complete heart lock and hyperthyreoidism.

One plan for dosage that can be recommended s as follows: first day, two test doses of 0,2 gm ach; second day, three doses of 0,4 gm each, at ntervals of two hours. Fourth and succeding ays, five doses of 0,4 gm each. The treatment nay be continued for a week. After resumption f normal rhythm it is desirable to continue with mall doses of 0,2 gm, three times a day, for everal weeks.

3.) *Auricular Flutter.* If the ventricular ate is fast, digitalis is the drug of choice. If in pite of apparent digitalis action, the mechanism f flutter persists, quinidine may be tried.

4.) *Paroxysmal Tachycardia.* P. T. is observed requently, when there are no anatomic lesions n the he rt. Simple mechanical procedures hould first be tried, such as carotid or ocular ressure, forced breathing. Bromides may be aken every four hours. Sometimes morphine ulfate, 0,015 gm, appears to aid in stopping the ttack. If these measures are ineffectual, Mecholyl may be injected subcutaneously in a lose from 20 to 40 mg. It acts by stimulating he vagus nerves. The drug frequently causes npleasant symptoms, among which dyspnea, sweating, flushing, salivation, vomiting, and substernal pain. Atropine sulfate 1,2 mg, injected ntravenously, will neutralise the effects of Mecholyl, and may be given if the reaction is tormy. In prolonged attacks, digitalis or quinidine by mouth restore sinus rhythm.

5.) *Complete Auriculoventricular Block.* Like other arrhythmias, complete A.-V. dissociation may be transient or permanent. It is caused by diseases or drugs which prevent conduction through the junctional tissues. If the heart muscle is functionally adequate, the circulation is not seriously handicapped by the slow ventricular rhythm. When auriculoventricular block is complete, digitalis may accelerate slightly the rate of beating of the ventricles. Quinidine should not be employed, even though the auricles are fibrillating.

Occasionally long periods of ventricular standstill or paroxysms of ventricular fibrillation result in cerebral anoxemia and this, in turn, causes dizziness, syncope, or convulsive seizures (Adams-Stokes Syndrome). If the attacks are associated with ventricular asystole, Epinephrine is given in doses of from 0,5 to 1 cc of the 1:1000 solution by subcutaneous injection. The dose may be repeated every two hours. When ventricular standstill is markedly prolonged, intracardiac injection of Epinephrine may save life. Epinephrine is contraindicated when the attacks are due to ventricular fibrillation.

The Journ. of The Am. Med. Ass., 1940, No. 10.

Surgery.

40. Suppurative Lesions.

Parmenov reports the results obtained in 251 cases of suppurating wounds treated with an ointment proposed by *Vishnevsky.* The composition of the ointment is Juniper Tar 5 parts, Bismuth tribromphenate 2 parts and Castor oil 100 parts. The ointment appeared to be most effective in the acute, deep and extensive suppurations of soft tissues, such as one sees in perinephretic abscess, pectoral phlegmon, intramuscular suppurations of the neck, buttocks and the hand. Rapid detoxification, abundant granulations and sharp decline in the amount of pus were observed as a rule. The ointment was applied in cases of acute hematogenous osteomyelitis with good effect. In pyemia, local treatment with this "balsamic pack" was combined with transfusions of small amounts of conserved blood.

Observations in twelve cases of chronic varicose ulcers of the leg demonstrated that the ointment is of little effect in the treatment of superficial chronic ulcerating surfaces. The author adhered in the treatment of extensive wounds to the principle of wide exposure under anesthesia and careful and meticulous debridement, after which the wound was gently packed with tampons saturated with the balsamic ointment. No toxic effects on the kidney were noted.

The packs are left undisturbed for from four to nine days The author attaches great importance to the immobilization of the suppurating focus in a plaster of paris cast. Physical therapy, sulfanilamide, calcium, dextrose, and blood transfusions in grave cases were regularly employed.

Noviy Khirughicheskiy Arkhiv, Dnjepropetrovsk, 1940 No. 46.

Children Diseases.

41. Acute Appendicitis In Children.

Edwin M. Miller, Egberth Fell, Clayton Brock and *M. C. Todd* submit the result of a clinical study of more than 1.000 cases. It has gradually become apparent that patient with a a., whether children or adults, fall into one of three well defined groups.

Group 1 comprises all patients, who are obviously suffering from an attack of a.a. before the stage of perforation. It is the consensus today that appendectomy is the treatment of choice.

Group 2. In this group a longer duration of symptoms is noted. The characteristic clinical observations are those associated with a perforation against which there has been set up an adequate local defensive mechanism. The fever may be fairly high and the leukocyte reaction well marked, but the patient does not have an anxious expression. On abdominal examination we can make out the margins of a definite mass, varying in size from that of a walnut to that of an orange. Though it usually occupies the right lower quadrant, it may be felt well into the right flank; sometimes it is in the left lower quadrant, and not infrequently it is deep in the pelvis, where it can be made out only with the finger in the rectum. It represents pathologically a slow leak from the appendix which has become effectively sealed off from contact with the open peritoneal cavity. The author's study furnishes ample evidence to prove that with more than 90 per cent of the patients of this group careful examination over a period of days will reveal a gradual improvement in the clinical picture, a progressive diminution in the size of the inflammatory mass and finally after perhaps ten days to four or five weeks, its complete disappearence. After approximately three months, the appendix may safely be removed.

Group 3. The cases included in this group represent acute perforations of the appendix into the open peritoneal cavety. Often the streptococcus is the predominant organism. As a rule the patient looks very sick; there is a pinched, anxious expression; the tongue is dry; the pulse is fast, and the fever and leukocyte count are variable. The knees are held in flexion; the breething is thoracic; the abdomen is distended; on palpation one finds the muscles everywhere tense and there is more or less general tenderness, at times even in the left flank. The essence of treatment should consist in removal of the ruptured appendix. The authors stress the value of adequate preparation, with relief of distention with a levine tube and finally replacement of lost plasma protein (before and after operation) by means of a blood tranfusion.

The Journ. Of The Am. Med. Ass. 1940, Nr. 15

Infectious Diseases.

42. Haematology And Serology Of Malaria.

H. Danziger discusses the haematologic and serologic changes caused by the parasites of malaria.

Malaria is a specific blood—disease. In the human body malaria-parasites are only found in the bloodvessels.

Up to 20 per cent and more of the erythrocytes may be destroyed by a single attack of subtertian malaria.

It is not certain whether the malaria-parasites live in the red bloodcorpuscle or on its surface.

Langen and *Lichtenstein* believe that the parasites chiefly attack the older erythrocytes, and the younger forms are spared. This suggests that the merozoite does not bore into the red corpuscle, but clings to its surface.

In severe and especially in chronic infections all signs of a secondary anemia are found. The colour — index remains below 1. The formation of the typical malaria — pigment is a direct consequence of the destruction of the erythrocytes. According to *Manson* it is an iron containing derivate of the hemoglobin.

It is not identical with hemosiderin.

The number of leukocytes per cc of blood increases during the malaria attack, as many as 21.000 having been observed. The highest count is found in subtertian malaria which is the most acute form of malaria. The leukocytosis is caused by an increase of young forms The highest number is found at the beginning of the attack. At the height of the temperature the number of leukocytes drops suddenly, often even below normal. The severer the infection, the greater the drop in the leukocyte-count. It must be mentioned that the European norms and schemes of the percentage composition of the leukocyte count do not corespond to the average in the tropics and subtropics Especially is the percentage of lymphocytes in the tropics considerably higher. 40 per cent are considered to be normal Rather typical in malaria is an increase of monocytes, especially in subacute and chronic infections. If a kala-azar infection can be excluded, a monocytosis of more than 50 per cent is typical for malaria, the number being in reciprocal proportion to the height of the temperature. It has been observed that a phagocytosis of malaria-parasites and of entire erythrocytes by neutrophil leukocytes takes place.

The reticulo-endothelial system is responsible to a large extent for the destruction of the hemoglobin and the formation of bilirubin. An increase of bilirubin in the serum can be observed in the earlier stages of malaria-attack.

The sedimentation test of the erytrocytes in malaria shows normal results during the incubation period and the more the sedimentation is accelerated, the graver is the infection. In chronic cases the sedimentation is nearly normal, but is accelerated if the case becomes acute again. Black-water fever is a complication of subtertian malaria with icterus and hemoglobinuria as a consequence of the enormous destruction of erythrocytes. In severe cases 60 — 80 per cent of all erythrocytes are destroyed within 24 hours.

Nocht thinks that the quinine is responsible for the occurrance of the hemoglobinuria But black-water fever has also been observed in cases where salvarsan and atebrin were administered instead of quinine.

The following conditions are necessary for the occurrance of black-water fever.

1 A chronic malaria infection.

2. A hemolytic disposition which was latent until activated by the malaria infection.

3. An initial cause, as medicines, special toxicity of the infection, etc.

One of the most typical changes in the blood of malaria is the formation of the malaria pigment which leaded to the development of the flocculation-test (*Henry, Lippelt, Voigtlaender*). *Henry* regarded the reaction as the result of the composition of the pigment to a corresponding agglutinin in the serum Further researches have proved that the pigment and the melanin which is used instead are not antigens, but play the roll of an easily producible and reliable indicator for certain not yet known alterations of the serum in malaria

For the actual reaction melanin suspensions are brought together with the serum in gradually increasing dilutions and the flocculation is observed in the same manner as in the flocculation tests for syphilis.

The test gives 80 — 90 per cent positive results It is especially valuable in the diagnosis of chronic cases where it is not possible to demonstrate parasites in the blood. The reaction is negative during the attack, it becomes positive about 5 days after the onset of the infection.

The reaction is further more useful in the criticism of the therapy, as generally it becomes negative after a succesful treatment.

The Journ. of Clin. Med., Shanghai 1940 Nr. 4

Gynecology.

43. New Symptom In Albuminuria Of Pregnancy.

Piroli investigated the behaviour of urea and nitrogen in the blood of ten pregnant women with albuminuria and in eight nonpregnant women with either liver disease or acute or chronic nephritis.

Quantitative determinations of the blood were made three times with intervals of four hours in the course of one day. Patients were kept on water as the only drink during the days on which the determinations were made. *Ambard's* method was used.

The women were between the seventh month of pregnancy and full term.

Albuminuria with edema of the legs was found in five cases and moderate and without evidence of edema in five.

Azotemia remained unchanged in all patients. In the last group whereas it showed great oscillations in the blood of patients with grave albuminuria, as well as in the patients who suffered from liver and renal disease.

The author found that moderate albuminuria may be controlled by either diet or medical therapy and that it disappears spontaneously after delivery. Grave albuminuria is more or less resistant to diet and medical therapy.

It may diminish after delivery, but in no case does it disappear entirely.

The oscillations of ureo-azotemia in this group are indipendent of diet, but are in proportion to the acuteness of albuminuria.

The author concludes that changes of ureo-azotemia in albuminuria of pregnancy are an index of renal insufficiency and that variations within high figures show grave and probably irreversible renal lesions

Atti D. Soc. Ital. Di Ostetriciae ginec. Roma 1940, Nr. 36

Oto — Laryngology.

44. Diagnostic Pitfalls Of The Nasopharynx.

Frederick T. Hill (Waterville, Maine) calls to our attention the necessity of a careful visual examination of the nasopharynx by use of the nasopharyngoscope. By this direct method, after elevation of the soft palate by means of a retractor, one can see the actual picture without distortion and can better interpret the conditions of this region.

The roentgenogram may be a most useful adjunct and should be employed in all cases of suspected malignancy.

For years palpation has been an accepted method of examination of the nasopharynx. Aside from determining the presence of adenoids or ascertaining a tumor mass, it gives comparatively little information. Yet this region is of vital importance and often contains the dues to the correct solution of many clinical problems: Hypertrophy of the posterior tips of the inferior turbinate or adhesions across the fossa of *Rosenmueller* or the eustachian orifice may explain the symptoms of a conduction deafness.

Postnasal discharge may indicate a chronic posterior sinusitis. Choanal polypi or nasopharyngeal fibromas may result in marked nasal obstruction.

Many authors have called attention to the incidence of benign and malignant tumors in the nasopharynx.

Numerous cases of nasopharyngeal cysts or bursae have been reported.

Beck refers to primary tuberculosis in this region.

Congenital defects, such as atresia of the posterior choanae are encountered.

Suppuration of the petrous apex may point in the nasopharynx.

Malignant tumors of the nasopharynx often manifest themselves first by extranasopharyngeal signs and symptoms usually through involvement of the fifths, sixths, ninths, tenths, elevenths and twelfths cranial nerve. *New* has emphasized the diagnostic importance of diplopia, facial pain and disturbances in swallowing as eary tumor — symptoms.

Nasopharyngeal abscesses and cysts may give rise to a postnasal discharge, cause a variety of symptoms, affecting the ear or act as a focus of infection.

The author concludes by pointing out that most of the errors of diagnosis of nasopharyngeal disease are due to not accurately visualizing the nasopharynx and not keeping in mind the disease possibilities in this region.

The Journ. Of The Am. Med. Ass. 1940, Nr. 9

Ophtalmology.

45. Acute Exudative Choroiditis.

Under this heading *Walter F. Duggan*, New York, includes the usual lesions of acute choroiditis and that known as *Jensen's* disease or choroido-retinitis juxta-papillaris.

The retina overlying the affected patch of choroid is oedematous and in severe cases, plasma and cells pass into the vitreous and produce opacities in it. The disease occurs principally in young adults, the commonest time of the year being late winter or early spring. In many cases no apparent cause can be found and with the usual methods of treatment, cure does not seem to be accelerated.

The author states that death has followed fever therapy and the use of sulphanilamide.

After pointing out that the onset of acute exudative choroiditis is strikingly simiiar to that of acute retrobulbar neuritis and acute spastic closure of the central retinal artery, the suggestion is made, that the origin is vascular and probably due to acute localised arteriolar spasm affecting an area of the choroid and accompanied by increased capillary permeability.

The factor which determines the location of a lesion in the choroid, optic nerve, or retina, is an increased sensitivity of the smooth muscle in the arteriolar wall to some substance in the circulating blood, which in the author's opinion is histamine or a substance allied to it.

If this theory be true and the primthe lesion be one of localised vaso constriction, vasodilatation is the obvious treatment

The author gives details of five cases (three of them of the juxta-papillaris type) in which this was carried out. One case was unaffected, but the remainder reacted favourably and recovered normal vision in from two to six weeks. The vaso-dilator employed was sodium nitrite, the usual procedure being to give daily intravenous injections of the drug in doses of 0 1 gm up to fourteen days. In some cases, the affect was prolonged by administering erythrityl tetranitrate 30 mg each night by mouth for a further two or three weeks.

Arch. F. Ophthal. May, 1940,

Out Patient Department

1090 Pingliang Road

Bericht vom 16. 2. bis 15. 3. 1941.

1379 Krankheitsfälle, darunter
40 Spitalfälle, und zwar:

20	Status febr.	1	Icterus?
6	Grippe	1	Akute Psychose
5	Angina	1	Ischias
2	Gastritis	1	Gallenbl. Entzg.
2	Ulc. duodeni	1	Unfall.

Heimstand am 15. 3. 1941:
521 Männer, 67 Frauen, 22 Kinder,
25 Personen im Spital, gesamt 635.

Out Patient Department

138 Ward Road

Bericht vom 16. 2. bis 15. 3. 1941.

	Maenner	Frauen	Kinder	Gesamt
Ordinationen:	1402	1162	323	2887
Visiten im Heim:	41	22	107	170
Besuche auswärts:	13	27	7	47
Impfungen:	—	—	2	2
Infektionsfälle:	4	1	16	21
Spitalfälle:	15	5	18	38
Gesamt:	1475	1217	473	3165

J.R.C. Isolation-Hospital

680 Chaoufoong Road.

Krankenbewegung in der Zeit vom 8. Januar bis einschl. 4. Maerz 1941.

Krankenbelag am 8. Jan. (0 Uhr) 60
(41 Männer, 16 Frauen, 3 Kinder)

Zugänge 8. Jan. bis 4. März	119
	179
Entlassungen 8. Jan. bis 4 März	111

Krankenbelag am 5. März (0 Uhr) 68
(39 Männer, 15 Frauen, 14 Kinder)

In der Berichtszeit gestorben:
ein Patient an *Paratyphus C*
eine Patientin an *Croup* und *Kreislauflaehmung*

Out Patient Department

66 Alcock Road.

Bericht vom 16. 2. bis 15. 3. 1941

	Maenner	Frauen	Kinder	Gesamt
Ambulanz	892	385	52	1329
Visiten	41	22	6	69
Infektionsfälle	1	—	-	1
Hospitalfälle	9	4	1	14
Gesamt:	943	411	59	1413

Heimstand am 15.3.1941.: 293 Männer, 77 Frauen, 21 Kinder, gesamt 391

Ray Department

138 Ward Road.

Bericht für Februar 1941.

	Durchleuchtungen:	Aufnahmen:
Thorax	33	10
Magen-Darm	15	8
Knochen-Gelenke	—	15
Zahnfilme	—	3
Gesamt	48	36

MITTEILUNGEN DES C. A. E. J. R.—MEDICAL BOARD

Da in den Ambulanzen anscheinend Unklarheiten darüber bestehen, ob Erste Hilfe an nicht betreute Patienten zu leisten ist, wird grundsätzlich festgelegt: Auswaertigen, d.h. vom Komite nicht betreuten Patienten muss eine einmalige erste Hilfe geleistet werden, und es ist dafür Honorar zu erheben, schon um der Emigranten-Aerzte-Vereinigung nicht eine schädigende Konkurrenz zu bieten. Die erhobenen Beträge sind restlos an das Oberkomite zum Wohle der Allgemeinheit abzuführen. Event. entstehende Spesen sind beim Oberkomite einzuziehen.

Es hat sich ergeben, dass von unseren Aerzten des öfteren Fälle ins Isolation Hospital eingeliefert werden, die nicht isolationsbedürftig sind. Aufnahmeberechtigt sind: Pocken, Diphtherie, Scharlach, Typhus, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, epidemische Meningitis, offene Tuberkulose.—Dysenterie sowie Typhus sollen auch ins Emigrants' Hospital gelegt werden. Dagegen sollen Malaria und Influenza nie ins Isolation Hospital, sondern ins Emigrants' Hospital geschickt werden, ebenso fieberhafte Erkrankungen, deren Ursache nicht feststeht. Letztere Erkrankungen müssen auch nicht sofort in ein Krankenhaus überwiesen werden, sondern sollten für einige Tage in Beobachtung bleiben.—Nur bei Mangel an Betten im Emigrants' Hospital können die für dieses Hospital bestimmten Fälle ins Isolation Hospital kommen.

Emigrants' Hospital

138 Ward Road

Bericht für Februar 1941

	Männer	Frauen	Kinder	Gesamt
Zugänge	74	39	5	118
Entlassungen	72	35	4	111
Todesfälle	1	1	—	2

Out Patient Departm nt

680 Chaoufoong Road

Bericht vom 17. 2. bis 16 3. 1941.

Ordinationen...	1204
Visiten	62
Hospitalfälle	17
Gesamt	1283

Heimstand am 16. 3. 1941:

236 Männer, 185 Frauen, 69 Kinder, gesamt 490.

VEREIN DEUTSCH SPECHENDER AERZTE SHANGHAI

Nächste Sitzung wird rechtzeitig durch Einladung bekannt gegeben.

Verein d... Emigranten - Aerzte

7.4: *Dr.* P...USS, Die Physiologie des Fettstoffwechsels und Pathogenese des Sprue.

Ort und Zeit wird noch bekannt gegeben.